

Année 1932

THÈSE ^{N°} 494

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

JACQUES DESOURTEAUX

né le 29 Décembre 1905 à ORADOIR-sur-GLANE (Haute-Vienne)

De quelques considérations
sur le rhumatisme
articulaire aigu

Président : Monsieur le Professeur BEZANÇON.

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince 26,

—
1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**De quelques considérations
sur le rhumatisme
articulaire aigu**

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

JACQUES DESOURTEAUX

né le 29 Décembre 1905 à ORADOUR-sur-GLANE (Haute-Vienne)

De quelques considérations sur le rhumatisme articulaire aigu

Président : Monsieur le Professeur BEZANÇON.

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince 26,

1932



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.....	MULON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri..	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT..	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.

DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	

D'ALLAINES

GIROUD	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Histologie.
HAZARD	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)..	Parasitologie.
LAROCHE (Guy)..	Chimie biologique.
LEVEUF	Pathologie médicale.
LÉVY-VALENSI ...	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Neuro-psychiâtre.
MULON	Pathologie médicale.

MULON

MONDOR	Histologie.
MOREAU	Pathologie chirurgicale.
MOULONGUET ...	Pathologie médicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Pathologie chirurgicale.
OLIVIER	Anatomie pathologique.
PIÉDELIÈVRE	Anatomie.
PORTES	Médecine légale.
QUÉNU	Obstétrique.
RICHEZ	Pathologie chirurgicale.
SANNIÉ	Physiologie.
SÉZARY	Chimie biologique.
	Dermatologie et syphiligraphie.

VALLERY-RADOT.. (Pasteur)

VAUDESCAL	Pathologie médicale.
VELTER	Obstétrique.
VERNE	Ophthalmologie.
VIGNES	Histologie.
	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	RETTNER	Histologie.
LEROUX ..	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgic.
CHIRAY	— id. —	MOCQUOT	— id. —
DEBRÉ	— id. —	PROUST	— id. —
DUVOIR	— id. —	SCHWARTZ	— id. —
BASSET	Clinique chirurgic.	LE LORIER	— id. —
CHEVASSU	— id. —	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétric.
HEITZ-BOYER	— id. —	METZGER	— id. —

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLE -BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. le Professeur BEZANÇON,
Professeur de clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de vouloir bien accepter la
présidence de notre thèse.*

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE LIMOGES

A MES MAITRES
DE L'ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS
de Saint-Maurice (Seine).

INTRODUCTION

Durant nos deux années d'internat à l'Asile National des Convalescents de Saint-Maurice, nous avons eu l'occasion d'examiner de nombreux malades atteints des affections les plus diverses tant médicales que chirurgicales. La dénomination « Asile des Convalescents » pourrait faire croire que notre rôle se trouve singulièrement réduit, nos fonctions se bornant à appliquer les directives thérapeutiques données par les services dont nous recevons nos malades.

A ce point de vue une distinction est à faire entre les convalescents venant des services de chirurgie et ceux venant des services de médecine.

Les premiers ont subi des interventions et sont en bonne voie de guérison. Pour les uns la cure de grand air, de repos et de bonne nourriture est une étape bienfaisante vers une reprise rapide et définitive de la vie active. Pour les autres et en particulier les victimes de traumatismes divers, les traitements mécano-

thérapeutiques et électrothérapeutiques sont d'un précieux concours et complètent heureusement les soins chirurgicaux reçus à l'hôpital.

Les malades chirurgicaux ne constituent qu'une partie de notre effectif, un gros contingent nous est fourni par les convalescents d'affections médicales. Nous laisserons évidemment de côté les incurables et les séniles dont l'état ne nécessite qu'un traitement palliatif. Nous ne conservons ces malades que deux semaines et nous les renvoyons soit chez eux, soit à l'hôpital qui se chargera de les placer dans des asiles spéciaux.

En dehors de ces malheureux nous recevons un grand nombre de convalescents d'affections aiguës, pour lesquels le repos et une médication reconstituante appropriée sont des plus utiles et qui finissent par partir au bout d'un temps variable, définitivement guéris.

Mais, dès notre arrivée à l'Asile, nous avons été frappé par la grosse proportion d'une certaine catégorie de malades qui mérite une mention spéciale; nous avons nommé les convalescents de Rhumatisme articulaire aigu. La maladie de Bouillaud nous a paru intéressante à étudier tant au point de vue médical qu'au point de vue social et nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Nous étudierons successivement :

1° Les malades à leur première atteinte;

2° Les malades ayant déjà eu plusieurs crises;

3° Les malades atteints de cardiopathie qui présentent dans leurs antécédents des crises de rhumatisme articulaire aigu plus ou moins éloignées.

L'ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS

ET SON FONCTIONNEMENT

Avant d'entreprendre l'étude de la convalescence de nos rhumatisants, il nous a semblé utile de donner une brève description de notre établissement et en particulier de son fonctionnement.

Situé sur le plateau de Gravelle, dans la commune de Saint-Maurice et aux côtés du bois de Vincennes, l'Asile National des Convalescents offre aux malades et aux visiteurs une agréable perspective. Sa grande cour d'honneur harmonieusement dessinée, ses deux pavillons symétriques, son parc spacieux et ombragé, ses nombreux jeux en plein air impressionnent favorablement nos malades qui viennent des salles souvent surpeuplées des hôpitaux. En hiver, suivant leurs goûts, ils passent leurs loisirs soit à la bibliothèque, soit à la salle de jeux et presque tous les samedis on leur donne un bon spectacle à la salle des fêtes.

Les chambres des convalescents comportent trois lits, elles sont orientées au soleil et sont réparties dans deux pavillons d'égale importance. L'un est le « Pavillon Nord », l'autre le « Pavillon Midi », ils constituent chacun un service avec un médecin-chef et deux internes. Une infirmerie coquette et bien aménagée contient quatre salles de dix lits et deux chambres d'isolement, elle accueille les malades qui font une rechute ou ceux qui contractent une affection nécessitant le repos au lit.

Cinq fois par semaine l'autocar de l'Asile va chercher les convalescents dans les hôpitaux de Paris. Nous en avons une trentaine environ à chaque fois, aussitôt leur arrivée nous leur établissons une fiche d'observation après une visite sommaire. Le lendemain matin, changés de linge et de vêtements, ils passent devant les médecins-chefs, nous complétons, s'il y a lieu, l'observation par un examen plus approfondi et nous indiquons le traitement à suivre. Les fiches d'observations de chaque malade sont conservées précieusement et nous permettent de faire d'intéressantes constatations si le malade revient à l'Asile.

Tous les matins les convalescents doivent être dans leurs chambres pour la visite de l'interne et deux semaines après leur arrivée ils passent devant les médecins-chefs qui jugent si leur convalescence est terminée où s'ils ont besoin d'une prolongation. En-

suite, avec notre médecin-chef, nous passons la visite à l'infirmérie.

Nous sommes restés pendant nos deux années d'internat dans le service du « Pavillon Nord » et c'est seulement sur ce service que porterons nos statistiques et nos constatations. Ce dernier se compose de 253 lits dont 20 lits à l'infirmérie et en deux ans il a abrité 6.938 convalescents.

LES CONVALESCENTS DE RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU A LEUR PREMIERE CRISE

Sur ces 6.938 convalescents que nous avons vus à l'Asile, nous avons relevé 184 cas de rhumatisme articulaire aigu dont 21 venaient d'avoir leur première crise; 6 avaient entre 15 et 20 ans, 13 entre 21 et 30 ans, un autre 31 ans et le dernier 39 ans. Nous aurions voulu tirer quelques considérations de cette statistique, mais nous n'avons pas cru qu'elle répondrait à la réalité. En effet, nous ne recevons à l'Asile que des convalescents ayant au moins 15 ans. Entre 15 et 20 ans, beaucoup sont encore dans leurs familles, et, en sortant de l'hôpital, ils se trouvent bien d'aller s'y reposer en attendant de reprendre leurs occupations. Vers 21 ans ils sont au service militaire; or il est certain que les hôpitaux militaires voient passer de nombreux rhumatisants. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question au chapitre suivant. D'autre part, nous savons très bien qu'un bon nombre

de ces malades se croient définitivement guéris quand ils n'ont plus de douleurs articulaires, ils ont hâte de reprendre la vie ordinaire et ils oublient facilement les conseils qu'on leur a donné tant pour ce qui est de l'hygiène que pour ce qui est du traitement salicylé.

Si nous examinons maintenant les professions de ce groupe de malades, nous trouvons : 12 (camionneurs, terrassiers ou cultivateurs) sont exposés continuellement aux intempéries, 3 plongeurs de restaurant ou de café et 2 bouchers travaillent dans une atmosphère humide et froide. Nous ne pouvons pas attribuer une origine au rhumatisme articulaire aigu dans les variations atmosphériques et hygroscopiques bien qu'elles puissent avoir une action favorisante. De même nous constatons que tous ces malades ont un métier fatigant et que les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent peuvent bien les mettre en état de moindre résistance.

Nous ne croyons pas devoir parler de l'hérédité, les malades se prêtent mal à cet interrogatoire et donnent souvent des indications erronées soit par mauvaise foi, soit par mauvaise interprétation.

Quand nous remplissons les fiches d'observation de nos convalescents à leur arrivée à l'Asile, nous ne manquons jamais de leur demander quels examens ont été pratiqués à leur sujet, et les traitements qu'ils ont

suivis. Beaucoup nous renseignent très bien, d'autres ont plus de difficulté à s'en rappeler ou même ne s'en sont pas inquiétés, quant aux cardiaques ils répondent à nos questions qu'ils sont au régime normal depuis quelques jours. Par les fiches administratives, nous savons la date d'entrée à l'hôpital et la durée de leur séjour. Ce dernier renseignement comporte de trop grandes variations pour pouvoir en tirer d'autres indications que la durée de la crise. Sur ces 21 convalescents, 6 ont vu leurs crises débiter dans les sept derniers mois de l'année et les 15 autres dans les cinq premiers mois avec 4 cas en avril et 5 en mai, ce qui nous montrerait bien que l'hiver, et surtout le printemps, auraient sur le rhumatisme articulaire aigu plus d'influence que les deux autres saisons.

Quand nous examinons nos malades à leur entrée à l'Asile il nous arrive quelquefois de reconnaître les rhumatisants au premier coup d'œil, leur pâleur très marquée est, en effet, caractéristique. Leurs articulations ne présentent rien d'anormal, elles semblent être augmentées de volume par suite de l'atrophie des muscles environnants. C'est l'examen du cœur qui va surtout retenir notre attention. Nous ne voyons pas les rhumatisants assez longtemps après leur guérison pour pouvoir faire un diagnostic précis de leurs lésions cardiaques, aussi allons-nous les diviser en deux groupes :

1° Le premier groupe comprend les convalescents dont le séjour à l'hôpital a été inférieur à quatre semaines. Nous en avons 7 dans ce cas-là, ils ont eu en général une seule poussée et grâce à l'action bien-faisante du salicylate de soude ils n'ont pas fait de rechutes. En les examinant le jour de leur entrée, nous en avons trouvé quelques-uns dont le cœur semblait normal; quel n'était pas notre étonnement quand un mois après nous trouvions une lésion cardiaque indiscutable alors que les malades ne s'étaient jamais plaints et avaient passé toute leur convalescence dans le pavillon. Aussi nous tenons-nous sur une prudente réserve, nous aurions été content de citer un cas de rhumatisme articulaire aigu (première atteinte) sans lésion du cœur, mais nous n'en avons pas d'assez probants. Sur ces 7 malades, 2 présentaient un souffle systolique doux au foyer mitral, un autre présentait au foyer aortique un second bruit dur manquant de netteté, pour les 4 autres les bruits du cœur étaient plus ou moins sourds et nous ne pouvons affirmer s'il y a lésion et sur quelle partie du cœur elle porte.

2° Le second groupe comprend les malades qui ont séjournés plus longtemps à l'hôpital, certains y sont restés quatre et même six mois. Ils ont eu une crise prolongée accompagnée de rechutes et presque tous présentent une lésion cardiaque nettement constituée. Ils sont au nombre de 14 et nous y trouvons :

- 7 insuffisances mitrales;
- 2 insuffisances aortiques;
- 1 arythmie;
- 1 dédoublement du second bruit;
- 3 cœurs sourds.

Si tous ces malades y consentent, nous les gardons au moins un mois en convalescence. Ils ont la faculté de se reposer, nous leur donnons 2 grammes de salicylate de soude en potion avec 4 grammes de bicarbonate de soude pendant quelques jours suivant les cas. Nous arrêtons quelquefois le traitement pendant une dizaine de jours et le faisons reprendre ensuite. Le jour où ils partent, nous leur recommandons encore une fois de prendre le plus possible de repos, d'éviter le froid et l'humidité, et de prendre 10 jours par mois 2 grammes de salicylate de soude. Nous ne croyons pas que cette thérapeutique puisse à elle seule empêcher le retour des crises, malheureusement bien d'autres causes interviennent à leur tour et en premier lieu nous plaçons la nature infectieuse de la maladie de Bouillaud, néanmoins un traitement bien suivi peut éviter des rechutes et nous allons voir, au moins dans une des observations suivantes, la confirmation de nos dires.

Observation 1

D... Antoine, 27 ans, électricien. Ce malade est entré à l'hôpital le 27 mars 1931 pour une crise de rhumatisme articulaire aigu. Cette crise aurait débuté par des douleurs dans les poignets qui se seraient propagés rapidement aux autres articulations. Soigné par du salicylate de soude par voie buccale et par voie intraveineuse et de la glace sur le cœur, ce malade est entré à l'Asile le 23 avril. Nous l'avons alors examiné; il se plaignait simplement d'une douleur très légère au pied droit, nous avons entendu à l'auscultation du cœur un premier bruit normal et au foyer aortique le second bruit était sourd et prolongé. Nous l'avons mis dans le pavillon en lui continuant les 2 grammes de salicylate de soude qu'il prenait à l'hôpital. Le 2 mai nous le faisons passer à l'infirmerie, il a quelques douleurs aux différentes articulations, 38°5 de température et une forte douleur dans la région précordiale. Les bruits du cœur sont très sourds et au foyer aortique nous lui trouvons un souffle diastolique à peine perceptible. Nous le mettons au régime lacté, 8 grammes de salicylate de soude par voie buccale, 2 grammes intraveineux et glace sur le cœur. La température est redevenue normale le cinquième jour, nous lui diminuons progressivement les doses de salicylate de soude en lui laissant encore

pendant 7 jours 1 gramme intraveineux, au foyer aortique nous avons perçu nettement un souffle diastolique. Le 18 mai, il revient dans le pavillon avec 2 grammes de salicylate de soude en potion et il termine sa convalescence normalement.

Observation 2

L... Jean, 16 ans, Patronnage Rollet, malade entré à l'hôpital le 10 février 1931 pour crise de rhumatisme articulaire aigu généralisée. Il aurait eu de nombreuses rechutes, il a été traité par le salicylate de soude par voie buccale et intraveineuse et glace sur le cœur. Ce n'est seulement qu'au bout de 78 jours qu'il nous est envoyé en convalescence le 1^{er} mai. Il n'a plus aucune douleur; mais il présente à son cœur un souffle d'insuffisance mitrale. Nous le mettons dans le pavillon où il ne séjourne que deux jours car il fait déjà une nouvelle rechute, ses deux poignets sont seuls atteints, il n'a pas de fièvre, son cœur n'a pas l'air de souffrir de cette crise. Nous lui donnons 6 grammes de salicylate de soude par voie buccale et lui faisons envelopper les poignets par des pansements au salicylate de méthyle. Aucune amélioration en 5 jours, nous lui ajoutons alors 2 grammes de salicylate de soude par voie intraveineuse. Il se produit une amélioration progressive mais très lente, bien qu'aucune

autre articulation ne soit prise, le malade ne revient au pavillon que 19 jours après pour y terminer sa convalescence.

Observation 3

R..., 28 ans, manœuvre. Malade entré à l'hôpital le 21 février 1931. Traité par le salicylate de soude et la glace sur le cœur, la guérison relative s'est fait attendre 136 jours et il est entré à l'Asile le 7 juillet. Ce malade n'a plus de douleurs et nous le mettons dans le pavillon en lui donnant 2 grammes de salicylate de soude, à l'auscultation du cœur nous avons entendu un premier bruit sourd et une ébauche de dédoublement du second bruit. Le 3 août nous le faisons entrer à l'infirmerie pour des douleurs rhumatismales dans les poignets et dans les épaules, il n'a pas de fièvre, il n'a rien de nouveau au cœur. Nous lui donnons 6 grammes de salicylate de soude par voie buccale, ses douleurs se calment très rapidement et il revient au pavillon 5 jours après avec 2 grammes de salicylate de soude. Le 21 août, nouvelle crise de rhumatisme. La température est de 38°6, presque toutes les articulations sont atteintes, le malade a une grosse gêne précordiale, il a de la dyspnée. A la palpation, nous sentons très mal le choc de la pointe du cœur et nous trouvons un point douloureux sur le trajet du nerf

phrénique. La percussion est douloureuse et nous montre une augmentation de la matité cardiaque. A l'auscultation nous entendons les bruits du cœur très assourdis en même temps qu'un frottement situé à la pointe du cœur. Nous donnons à ce malade 10 grammes de salicylate de soude par voie buccale et 2 grammes intraveineux et de la glace sur le cœur, comme il n'y a pas d'amélioration nous le dirigeons sur son hôpital d'origine. Il nous revient le 19 octobre une nouvelle fois guéri, il ne se plaint plus d'aucune douleur. La pointe du cœur est fixe et il a un dédoublement du second bruit sans souffle orficiel. Nous le mettons au pavillon et il y passe une très bonne convalescence sans rechute.

Observation 4

M... Marcel, 19 ans, cultivateur. Ce malade est venu à l'Asile pour la première fois le 12 décembre 1931 en convalescence de fièvre typhoïde. Il était resté 67 jours à l'hôpital. Son état général était bon, et, en auscultant son cœur, nous avons trouvé une légère tachycardie sans arythmie ni souffle orficiel. Parti volontairement le 29 décembre 1931 pour reprendre son travail il est tombé malade le 8 janvier 1932 et il est entré à l'hôpital. Il avait des douleurs à la gorge, de la gêne pour avaler et une température à 39°, le

surlendemain il faisait une crise de rhumatisme articulaire aigu. Il nous est arrivé à l'Asile quatre semaines après le 6 février. Nous lui avons trouvé un souffle systolique doux au foyer mitral, comme il n'avait plus de douleurs, nous l'avons mis dans le pavillon avec 2 grammes par jour de salicylate de soude en potion. Au bout d'une huitaine de jours, notre jeune malade nous a déclaré que le salicylate de soude « lui coupait l'appétit et lui donnait des bourdonnements d'oreilles. » La vérité est qu'il invoque un prétexte pour ne plus prendre son médicament, nous lui avons enlevé provisoirement son salicylate de soude. Le 22 février, nous le retrouvons à l'infirmerie avec une nouvelle crise de rhumatisme articulaire aigu, ses douleurs se promènent sur ses différentes articulations ainsi que sur son cœur, il a 38° de température. Nous lui donnons 8 grammes de salicylate de soude par voie buccale, 1 gramme intraveineux et de la glace sur le cœur. Son état s'est amélioré assez rapidement et, après 15 jours d'infirmerie, il revenait finir sa convalescence dans le pavillon, promettant de prendre régulièrement son salicylate.

LES CONVALESCENTS DE RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU AYANT DÉJÀ EU

PLUSIEURS CRISES

Nous allons examiner maintenant nos 163 convalescents qui ont présenté des crises antérieures de rhumatisme articulaire aigu, nous avons cherché à savoir à quel âge ils ont eu leur première atteinte et voici les résultats que nous avons obtenu :

Avant 10 ans	5
Entre 10 et 20 ans	67
Pendant le service militaire	32
Entre 22 et 30 ans	55
Au-dessus de 30 ans	4

Nous constatons par ces statistiques que la maladie de Bouillaud atteint surtout les adolescents et les adultes avec une grande fréquence entre 15 et 25 ans où nous trouvons 126 cas sur 163 malades. Bien que pendant la guerre il n'y ait pas eu une recrudescence

de rhumatisme, nous voyons 32 cas qui ont débuté au service militaire, deux causes peuvent être invoquées :

1° Les soldats sont à un âge des plus frappés par le rhumatisme articulaire aigu;

2° Ils vivent souvent dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Pendant les marches ils suent beaucoup sous leurs épais vêtements et sous leur matériel; arrivés à l'étape, ils se couchent ordinairement sur le sol sans se soucier du froid et de l'humidité. De même nos convalescents ont une profession fatigante ou sont exposés aux intempéries et, d'autre part, ils ne prennent pas toujours soin d'eux-mêmes.

La fatigue, le froid et l'humidité nous mettent en état de moindre résistance, nous les trouvons à l'origine de bien des malades, pourquoi donc ne favoriseraient-ils pas l'éclosion du rhumatisme articulaire aigu?

Les saisons ne nous semblent pas avoir une influence prépondérante, nous avons beaucoup plus de ces malades au printemps et c'est en automne où nous en avons eu le moins. Nous avons eu quelques convalescents qui avaient des crises tous les ans à la même saison et nous avons cru bon d'en citer une observation.

Si au chapitre précédent nos malades venaient généralement pour la première fois à l'Asile, il n'en est pas de même de tous ceux qui nous intéressent en ce moment. Comme ils gardent un bon souvenir de leur convalescence, ils viennent nous voir chaque fois qu'ils font une nouvelle poussée, nous les connaissons bien et, grâce à nos fiches d'observations, il nous est aisé de suivre l'évolution progressive de leur maladie.

Eux aussi nous allons les diviser en deux groupes :

1° Dans le premier groupe nous retrouvons le même genre de malades dont nous avons parlé précédemment; ils ont souvent eu plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu, à chaque fois la médication salicylée a fait disparaître rapidement les douleurs articulaires et nous les voyons après un court séjour à l'hôpital. Quand, pour les ausculter, nous leur demandons de se déshabiller, ils sont tout étonnés, parce qu'ils croient n'avoir aucune lésion cardiaque. Ils nous disent qu'aucun médecin ne leur en a parlé et que nous-même ne leur avons rien trouvé à leur dernière convalescence. C'est bien vrai, mais alors que leurs fiches antérieures portaient la simple indication « cœur sourd », quelques mois plus tard nous trouvions les signes typiques d'une insuffisance mitrale, d'une insuffisance aortique, voire même d'un rétrécissement mitral.

49 malades font partie de ce groupe et présentent les lésions suivantes :

Insuffisance mitrale	29
Insuffisance aortique	6
Rétrécissement mitral	1

Pour les 13 autres nous ne pouvons nous prononcer. Nous n'avons pas reconnu toutes ces lésions le jour de l'arrivée à l'Asile de ces convalescents, certaines ont été diagnostiquées pendant ou à la fin de la convalescence.

2° Nous plaçons dans le deuxième groupe les malades qui présentent des lésions cardiaques manifestes. Ils ont eu de longues crises avec température et douleurs précordiales accompagnées de rechutes. Parmi les convalescents ce sont eux que nous voyons revenir le plus souvent. Les uns conservent leurs lésions cardiaques primitives, les autres ont une affection plus évolutive et ajoutent de nouvelles lésions à celles qu'ils présentaient auparavant.

Nous avons 114 malades dans ce groupe et nous les répartissons ainsi :

Insuffisance mitrale	56
Insuffisance aortique	13
Rétrécissement mitral	9
Insuffisance mitrale et aortique.	7
Maladie mitrale	6
Arythmie	12

Dans les 11 malades qui nous restent nous trouvons chez les uns des signes de symphise péricardique, chez les autres des lésions compliquées soit dans leur forme, soit dans leur origine et nous ne pouvons pas les classer dans ce tableau.

Sur ces 163 convalescents beaucoup ont passé des convalescences normales, mais nous avons été mis dans l'obligation d'en mettre, au moins pour quelques jours, 46 à l'infirmerie.

Observation 1

B... Paul, 24 ans, manœuvre. L'observation de ce malade nous montre le caractère chronique du rhumatisme avec ses nombreuses poussées aiguës. Il est venu sept fois à l'Asile toujours pour la même raison.

Le 1^{er} mai 1930;

3 février 1931;

8 avril 1931;

30 mai 1931;

9 septembre 1931;

28 novembre 1931;

16 mars 1932.

Sa première crise de rhumatisme articulaire aigu date de son service militaire, à la suite de celle-ci il a été réformé pour cardiopathie. Il a ensuite quelques

nouvelles poussées qui l'on conduit à l'hôpital d'Amiens et, depuis son arrivée à Paris, il vient après chaque crise. Pendant son séjour à l'Asile, nous avons été obligé de le mettre deux fois à l'infirmerie, en mai 1930 et en juin 1931. Ces crises ont été les deux fois très légères et ont cédé rapidement au salicylate. Quand il nous arrive il est toujours très pâle et il se colore légèrement pendant sa convalescence. Il présente les signes classiques de l'insuffisance nitrale.

Observation 2

B... Alphonse, 18 ans, manœuvre. Ce malade a eu une première crise de rhumatisme articulaire aigu à 16 ans; à ce moment il se trouvait dans sa famille à Liévin (Pas-de-Calais), son médecin traitant lui a fait prendre du salicylate de soude par voie buccale et lui a fait badigeonner la région précordiale avec de la teinture d'iode. Cette crise a duré 5 mois avec de nombreuses poussées aiguës. Venu travailler à Paris, il est entré à l'hôpital le 22 mars 1932, il avait 40° de température, mal à la gorge avec des difficultés pour avaler, il a entendu dire qu'il avait une « angine grave ». On lui a fait des piqûres de septicemine, donné des gargarismes et badigeonné la gorge au bleu de méthylène. Aucune douleur ni au cœur, ni aux articulations. Il entre à l'Asile le 15 avril; il ne se

plaint de rien, il est en bonne santé et nous le mettons au pavillon sans plus approfondir son examen. Le lendemain 16 avril, il a des douleurs aux articulations des genoux et les poignets, nécessitant son passage à l'infirmerie. Son cœur est sourd, sa température à 38° . Nous lui donnons la médication suivante : régime lacté, eau de Vichy et 8 grammes de salicylate de soude par voie buccale. Son état reste stationnaire pendant trois jours et, le quatrième, 19 avril, il a le soir $38^{\circ}6$ de température, des douleurs généralisées à presque toutes les articulations ainsi qu'à la région précordiale, à la percussion le cœur paraît augmenté, les bruits sont très sourds; nous lui faisons 1 gramme de salicylate de soude intraveineux et nous lui appliquons une vessie de glace sur le cœur. Le 20 au soir, il a encore $38^{\circ}6$;

Le 21 : $37^{\circ}8$ matin et soir;

Le 22 : $37^{\circ}8$ le matin et 38° le soir;

Le 23 : $38^{\circ}8$ le matin et $39^{\circ}4$ le soir.

Le malade présente en plus un peu de dyspnée, il a un point de côté à droite, nous lui trouvons une pleurésie droite, on entend avec beaucoup de peine les bruits du cœur; on les distingue difficilement, le pouls est à 110°. Nous prescrivons 10 grammes de salicylate de soude par voie buccale et 2 grammes intraveineux. Le 24 au matin il a $39^{\circ}6$ de température et le soir

39°2, à partir de ce jour-là son état s'améliore progressivement; il fait un petit clocher thermique le 26 et, le 30, il a 37°2, ses articulations ne sont plus tuméfiées ni douloureuses sauf celles des poignets, sa pleurésie est en voie de résorption, en auscultant le cœur nous distinguons un roulement présystolique ainsi qu'un dédoublement du second bruit. Nous lui réduisons son salicylate de soude à 8 grammes par voie buccale et un gramme intraveineux; par contre nous lui faisons 1 gramme de camphre pendant 8 jours pour lui remonter son état général. Le 5 mai, nous arrêtons les piqûres de salicylate de soude et diminuons jusqu'à 4 grammes le salicylate de soude par voie buccale. Du 6 au 23 mai, il garde ses articulations des poignets gonflées et douloureuses avec des périodes d'amélioration et d'aggravation. Malgré nos conseils, il nous quitte le 26 mai.

Observation 3

D... Jean, 30 ans, électricien. Ce malade est entré le 3 mars 1931 à l'hôpital pour douleurs articulaires localisées aux genoux. Il est à sa quatrième crise de rhumatisme articulaire aigu, ces crises ont toutes eu lieu au mois de mars, à la première crise presque toutes les articulations ont été suivies les unes après les autres et elle a duré 15 jours. Aux autres crises seules les articulations des genoux ont été intéressées,

les douleurs et la fièvre ont cessé avant 8 jours de traitement salicylé. Ce malade est entré à l'Asile pour la première fois le 16 mars. A l'auscultation nous avons trouvé que le premier bruit du cœur était légèrement soufflant, il ne se plaignait d'aucune douleur et nous l'avons mis au pavillon avec 2 grammes de salicylate de soude en potion pendant 10 jours, sa convalescence s'est passée normalement. Il nous revient le 15 février 1932 pour se reposer des suites d'une opération de l'appendicite. Le 7 mars nous le faisons passer à l'infirmerie, il a 38° de température les articulations des genoux et des poignets sont gonflées et douloureuses. Il a aussi quelques douleurs dans la région précordiale, à l'auscultation les bruits du cœur sont sourds et il nous est difficile de savoir s'il existe ou non un souffle systolique au foyer mitral. Nous lui prescrivons 8 grammes de salicylate de soude par voie buccale, 1 gramme intraveineux, nous lui faisons mettre une vessie de place sur le cœur et entourer ses articulations douloureuses avec du salicylate de méthyle. Son état s'améliore rapidement, la température revient à 37° au troisième jour, et, le huitième, il n'a plus de douleurs articulaires. Quelques jours après nous le repassons au pavillon où il termine bien sa convalescence. Nous auscultons son cœur avant son départ et nous trouvons un souffle systolique doux d'insuffisance mitrale.

Observation 4

M... Jean, 17 ans, sans profession. Ce malade est entré à l'hôpital le 16 mars 1931 pour rhumatisme articulaire aigu, deuxième atteinte, la première avait eu lieu l'année précédente. Il aurait eu à l'hôpital 8 grammes de salicylate de soude par voie buccale et de la glace sur le cœur, la température n'aurait pas dépassé 38° et les douleurs articulaires ont cédé rapidement au traitement salicylé. Il rentre à l'Asile le 15 avril, il présente au foyer mitral un souffle systolique qui a un timbre musical avec propagation vers l'aisselle gauche, il va bien; aussi nous le mettons au pavillon en lui continuant les 2 grammes de salicylate de soude qu'il avait à l'hôpital. Le 26 avril, nous le faisons passer à l'infirmerie, il a 39°5 de température, il ne se plaint que de sa gorge qui présente une rougeur diffuse des amygdales et du voile du palais; ce jour-là son cœur ne semble présenter rien de nouveau. Nous lui donnons néanmoins 6 grammes de salicylate de soude et un gargarisme salicylé. Le lendemain, la température est à 39°, mais notre malade se plaint de douleurs précordiales, aucune articulation n'est touchée, son pouls est à 120, la percussion du cœur est douloureuse et nous montre un léger agrandissement de l'aire cardiaque, les bruits du cœur

sont sourds, le malade est très abattu, il respire doucement car les respirations un peu fortes lui exagèrent ses douleurs. Nous lui donnons 10 grammes de salicylate de soude par voie buccale et deux grammes intraveineux. Le lendemain son état ne s'est pas amélioré, et, à l'auscultation, nous entendons nettement, dans la partie interne du troisième espace intercostal gauche, un frottement donnant l'impression d'un craquement de cuir neuf. Ce frottement est double et produit un bruit de va-te-vient. Les bruits du cœur sont sourds, au foyer mitral le souffle systolique qu'il avait auparavant a maintenant un timbre doux. Nous dirigeons notre malade sur son hôpital d'origine d'où il nous revient plus de trois mois après, le 12 août. Il est très anémié, aussi le mettons-nous à l'infirmierie afin de lui soigner son état général et trois semaines après il allait au pavillon pour terminer sa convalescence. A l'auscultation de son cœur, nous avons trouvé au foyer mitral un fort souffle systolique et piaulant qui s'entendait même dans tout le thorax. A l'examen radiologique nous avons trouvé à l'inspiration profonde une élévation exagérée de l'ombre cardiaque et une légère augmentation du ventricule gauche.

Observation 5

P... Marcel, 26 ans, garçon boucher. Ce malade est venu à l'Asile pour la première fois le 26 août 1930. Il avait eu une seule crise de rhumatisme articulaire aigu pendant son service militaire. Les trois années suivantes se sont passées sans aucune atteinte. Le 18 juillet il est entré à l'hôpital et avait sa deuxième crise de rhumatisme. Traité avec 8 grammes de salicylate de soude par voie buccale et de la glace sur le cœur, il a vu son état s'améliorer assez rapidement. Quand nous l'avons vu, nous lui avons trouvé au foyer mitral un souffle systolique raupeux. Il a passé une convalescence normale. Le 2 avril 1931, il refait une nouvelle crise qui lui dure près de quatre mois avec température et atteinte du cœur. Il entre à l'Asile le 28 juillet, nous lui trouvons au foyer mitral un souffle prolongé avec un dédoublement du second bruit; à un examen plus approfondi, nous remarquons que ce souffle prolongé se compose d'un roulement présystolique et d'un souffle systolique. L'examen radiologique nous montre un cœur augmenté dans toutes ses dimensions. Nous mettons alors ce malade à l'infirmerie pour le surveiller de plus près. Nous l'y avons gardé deux mois pour revenir ensuite dans sa famille. Quand notre malade faisait un effort il présentait aussitôt de la dyspnée et n'était pas question de reprendre le travail.

LES CONVALESCENTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE QUI ONT PRESENTE DES CRISES DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Dans les chapitres précédents, nous avons suivi étape par étape l'évolution du rhumatisme articulaire aigu, nous en arrivons maintenant à la dernière période de la maladie.

Certains de nos rhumatisants, les moins nombreux heureusement, n'ont pas cessé leurs crises que déjà les symptômes avant-coureurs de l'asystolie faisaient leur apparition : les œdèmes malléolaires, la dyspnée au moindre effort, la congestion du foie et des reins les conduisent rapidement à une issue fatale.

Les autres ont vu leurs crises cesser avec l'âge, ils ont pu exercer pendant quelques années leur profession, mais il arrive un jour où le cœur déjà touché par l'atteinte rhumatismale ne répond plus aux besoins de la vie ordinaire, c'est le début de la période d'hyposystolie.

Les hôpitaux de Paris nous envoient en convalescence beaucoup de cardiaques, aussi en cherchant l'origine de leur lésion nous constatons que le rhumatisme articulaire aigu est la maladie qui donne le plus de lésions cardiaques.

Quand ces convalescents ont une lésion bien compensée nous les mettons dans le pavillon. Nous sommes obligés d'en mettre quelques-uns au deuxième étage, car le premier est occupé en partie par les affectés des membres inférieurs. Pour confirmer les bons effets du traitement actif qu'ils ont reçu à l'hôpital, nous leur donnons des médications diurétiques et tonicardiaques telles que le strophantus, l'adonis vernalis ou les fameuses pilules de Lancereaux. En même temps nous les mettons à un régime adapté à leur cas.

A eux seuls ils justifieraient notre visite du matin. Nous les surveillons de près et dès qu'ils présentent un peu de dyspnée ou d'œdème malléolaire nous les faisons passer à l'infirmérie. L'expérience nous montre que c'est une sage précaution. La peur de la diète et du régime lacté les incite à cacher leur état.

A l'infirmérie nous leur appliquons les traitements habituels, mais comme ils finissent par nous prendre toutes nos places, nous sommes obligés de diriger sur les hôpitaux ceux qui ne peuvent pas regagner le pavil-

lon. Nombreux font ainsi le va-et-vient entre l'hôpital et l'Asile jusqu'à l'échéance fatale.

Maintenant que nous comprenons les suites désastreuses de la maladie de Bouillaud, il est de notre devoir de chercher à limiter dans la mesure du possible les atteintes de cette affection.

Etant né et ayant toujours vécu dans le milieu médical, nous sommes convaincu que les conseils du médecin sont d'une grande importance dans cette affection.

Nous accordons à nos rhumatisants une longue convalescence en leur faisant suivre un traitement salicylé et, quand ils nous quittent, nous leur remettons une ordonnance en insistant pour qu'ils suivent nos conseils. Beaucoup ont des métiers fatiguants, et, comme ils sont obligés pour vivre d'exercer une profession, nous les renvoyons à « L'Aide aux Cardiaques ». Cette œuvre, présidée par M. le Professeur Vaquez, rend des services incomparables à ces malheureux. Par ses soins ils trouvent facilement une profession compatible avec leur état, leur permettant ainsi de subvenir à leurs besoins par leur travail au lieu de se trouver dans la triste et désœuvrante situation d'une épave à la charge de la société.

CONCLUSION

L'étude des observations précédentes nous inspire plusieurs constatations.

En premier lieu il est avéré que le rhumatisme articulaire aigu frappe tout particulièrement les adolescents et des hommes jeunes. Sa plus grande fréquence se voit dans la période qui s'écoule entre 15 et 25 ans.

L'examen de la profession et les conditions de vie de ces jeunes gens nous montrent qu'il s'agit dans une grande proportion de travailleurs manuels astreints à des travaux fatiguants et exposés aux intempéries. Leur organisme se trouvant de ce fait en état de moindre résistance devient plus facilement la proie des diverses infections et en particulier de la maladie de Bouillaud.

Le rhumatisme articulaire aigu semble pouvoir être considéré comme une affection chronique entre-coupée de poussées aiguës. Le nombre et la violence de ces poussées varient avec chaque malade. Les intervalles

séparant les diverses rechutes sont également très variables. Chez certains les crises sommeillent longtemps avant de reprendre de la virulence : entre ces crises sont intercallées de longues périodes de guérison apparente. D'autres sont à peine relevés d'une atteinte quand la rechute se reproduit.

Si nous considérons maintenant la fréquence des atteintes cardiaques par rapport aux atteintes articulaires, nous sommes frappés de leur énorme proportion. Les lésions sont variables tant par leur localisation que par leur gravité, leur importance est loin d'être en rapport avec l'atteinte articulaire. Nous rappelons la phrase de Lassègue dont nous avons montré la véracité : « Le rhumatisme lèche les articulations et mord le cœur ». Chez un même malade qui a présenté plusieurs crises, les lésions cardiaques peuvent s'aggraver à chaque nouvelle atteinte ou, au contraire, ne semblent pas influencées.

En définitive, la maladie de Bouillaud entraîne chez les personnes qu'elle frappe un véritable état d'infirmité, s'il est vrai que beaucoup peuvent mener, malgré les séquelles et les menaces pour l'avenir une vie relativement active, il en est d'autres pour qui toute profession fatigante est incompatible avec leur état. Beaucoup sont obligés de changer de profession. Beaucoup mènent une vie lamentable avec des périodes de bien-être relatif interrompues fréquemment par de

nouvelles atteintes et bientôt des troubles cardiaques qui finiront par entraîner l'asystolie.

Le devoir du médecin est de tenter d'enrayer les dégâts causés par cette affection en jugulant au plus vite la première atteinte et en veillant à éviter les rechutes. Nous possédons à cet effet un médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu : nous avons nommé le salicylate de soude. Grâce à cette médication on peut voir se terminer rapidement les crises aiguës. Nous insistons particulièrement sur la nécessité de continuer l'administration du salicylate de soude en dehors des poussées aiguës. Il est indispensable que le médecin montre au malade les avantages du traitement salicylé pris périodiquement. C'est à cette seule condition que dans l'état actuel de la science nous pouvons limiter les effets désastreux du rhumatisme articulaire aigu.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLETY.

